



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 174/2015 z dnia 12 października 2015 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja**  
**lecnicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców gminy**  
**Kostomłoty”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja lecnicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców gminy Kostomłoty”.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii zwiększania dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji. Jest to problem odnoszący się zarówno do kwestii zdrowotnych, jak i społecznych. Zwiększenie dostępności do świadczeń może mieć wpływ na poprawę jakości życia całej społeczności lokalnej.

W sposób prawidłowy określono w projekcie cele. Oczekiwane efekty warto sformułować w taki sposób, aby przedstawiały rezultat zaplanowanych działań. Mierniki efektywności spełnią swoją rolę, jeśli będą w sposób wiarygodny oceniać stopień realizacji celów. Proszę zatem zgodnie z sugestiami w treści opinii rozważyć uzupełnienie mierników efektywności.

Populację docelową w programie stanowią wszyscy mieszkańcy gminy Kostomłoty, którzy otrzymają skierowanie na rehabilitację. Poza wskazaniem przewidywanej liczby uczestników, nie oszacowano możliwej do objęcia programem liczby osób, co w miarę możliwości warto skorygować, gdyż może mieć wpływ na wielkość budżetu niezbędnego do realizacji programu.

Zaplanowane interwencje wymagają doprecyzowania długości czasu trwania jednego spotkania rehabilitacyjnego, liczby zabiegów wykonywanych w czasie jego trwania oraz częstotliwości spotkań. Dodatkowo zaplanowane działania – w miarę możliwości finansowych - powinny zostać rozszerzone o działania edukacyjne, gdyż mogą one przyczynić się do kształtowania postaw prozdrowotnych w społeczeństwie.

W ramach oceny efektywności programu proszę określić wskaźniki, które umożliwią ocenę wpływu prowadzonych działań na zdrowie i zachowania prozdrowotne uczestników.

Budżet zaplanowany na realizację działań określonych projektem został przedstawiony z uwzględnieniem kosztów poszczególnych procedur medycznych. Wskazane w modelu kosztowym wydatki nie pozwalające na szacowanie, czy będzie on wystarczający na pokrycie kosztów związanych z zapewnieniem rehabilitacji wszystkim zgłoszonym do programu osobom. Choć jest to trudne to warto, aby budżet na oszacowane w modelu populacyjnym procedury rehabilitacyjne dostosować do potrzeb zdrowotnych.



## **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych mieszkańców gminy Kostomłoty. Okres realizacji programu został przewidziany na lata 2015-2019. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 262 820 zł

## **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

### Znaczenie problemu zdrowotnego

W projekcie zwraca się uwagę na kwestię dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, która na wskazanym terenie jest znacznie utrudniona, z powodu niewystarczającego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Problem zdrowotny został przedstawiony w sposób krótki i zwięzły. Warto wspomnieć, że programy polityki zdrowotnej poświęcone działaniom zapobiegającym wystąpieniu oraz pogłębieniu niepełnosprawności są programami skierowanymi do zróżnicowanej populacji dotkniętej wieloma schorzeniami warunkującymi niepełnosprawność.

W projekcie programu przedstawiono ogólne dane epidemiologiczne.

Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie NFZ, działający Zakład Usług Medycznych na terenie Gminy Kostomłoty ma podpisany kontrakt na świadczenia rehabilitacji leczniczej w wysokości 110 333,40 zł w roku 2015. W projekcie zaznaczono, że wartość zawartych przez ZUM w Kostomłotach umów na świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza wynosi ok. 100-120 tys. zł. Rocznie i wskazano, że taki poziom finansowania jest niewystarczający do potrzeb i powoduje ograniczenie dostępności do świadczeń. Warto byłoby wskazać dokładne informacje na ten temat, np. czas oczekiwania na świadczenia, konsekwencje zdrowotne dla pacjentów pozostających pod opieką Zakładu Usług Medycznych.

### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców gminy poprzez usprawnianie pacjentów ze schorzeniami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz ze schorzeniami neurologicznymi. Dodatkowo sformułowano 9 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie celu głównego.

Oczekiwany efektami są: przebadanie i rehabilitacja ok. 310 osób rocznie, i ok. 1550 osób w okresie realizacji programu, podniesienie stanu wiedzy i utrwalenie prawidłowych nawyków ruchowych, poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej. Proszę zauważyć, że pierwszy efekty stanowi działanie możliwe do realizacji, nie zaś jego skutek. Należy mieć na uwadze, że oczekiwane efekty powinny przedstawiać rezultaty podjętych działań i pozostawać w spójności z postawionymi w programie celami. Z opisu projektu nie wynika, że wartość kontraktu ogranicza dostępność. Nie zaproponowano także miernika, który pozwalałby na ocenę tego zjawiska.

Określono również mierniki efektywności, którymi są: liczba pacjentów skierowanych do udziału w programie w poszczególnych latach, liczba wykonanych zabiegów, liczba pacjentów deklarujących poprawę zdrowia (aby ocenić efekt warto sprawdzić tę liczbę względem wszystkich leczonych), sprawności, zmniejszenia odczuwanego bólu po leczeniu, liczba pacjentów deklarujących utrzymanie stałego stopnia choroby, dolegliwości przed i po zastosowaniu leczenia. Mierniki efektywności są spójne z celami programu, ale dla oceny wielkości zmian należy określić liczbę osób z poszczególnymi objawami na początku rehabilitacji. Wskazać także należy, że proponowane mierniki nie mierzą wielkości efektu zdrowotnego, stopnia poprawy po przeprowadzonych zabiegach, stopnia zmniejszenia bólu dzięki rehabilitacji. Proszę rozważyć ocenę efektów również w proponowanym kontekście.

### Populacja docelowa

Populację docelową projektu stanowią mieszkańcy Gminy Kostomłoty ze schorzeniami układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz ze schorzeniami neurologicznymi, którzy posiadają skierowanie na rehabilitację wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W sposób szczegółowy opisano informacje, które muszą być zawarte w wystawionym skierowaniu.

W projekcie wskazano, że rocznie będzie możliwe objęcie programem ok. 310 osób. Nie podano jednak na jakiej podstawie oszacowano wspomnianą liczbę osób. Z przedstawionego kosztorysu nie wynika jednoznacznie ile faktycznie osób może zostać objętych programem.

Z danych przedstawionych w projekcie wynika, że gmina Kosomłoty jest zamieszkiwana przez 7 167 osób.

### Interwencja

W projekcie przedstawiono opis interwencji zaplanowanych w ramach programu. Będą to m.in.: elektroterapia, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ultrasonoterapia, kinezyterapia, masaż zabiegi wodne. Otrzymane przez uczestnika skierowanie uproawniac go będzie do odbycia maksymalnie 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie przez okres 2 tygodni. Należałoby zastanowić się nad możliwością indywidualnego dostosowania liczby spotkań w zależności od stanu zdrowotnego uczestnika. Warto podkreślić, że istotne jest zachowanie spójności pomiędzy ilością i długością zaplanowanych cykli rehabilitacyjnych.

W programie przewidziano również wstępną wizytę lekarską. O zakończeniu również decydować będzie lekarz. Warto byłoby na zakończenie cyklu terapeutycznego poinformować pacjenta o dalszych zaleceniach.

Należałoby rozważyć, aby zaplanowane wizyty lekarskie zawierały element edukacji zdrowotnej, odnoszący się do przekazania wiedzy na temat prawidłowych zachowań prozdrowotnych w omawianych chorobach.

Warto również mieć na uwadze, że program dotyczy w zasadzie sfinansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji oraz, że wszystkie zaplanowane interwencje znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, więc istotne jest precyzyjne określenie granicy między świadczeniami gwarantowanymi a finansowanymi w ramach przedmiotowego programu.

### Monitorowanie i ewaluacja

Zarówno ocena zgłaszalności jak i ocena jakości udzielanych świadczeń zostały zaplanowane z uwzględnieniem wskaźników, które dostarczą dokładnych i wiarygodnych informacji.

W projekcie wskazano, że ocena efektywności udzielanych świadczeń odbędzie się po zakończeniu realizacji programu. Nie wskazano jednak jakie dane będą w tym celu gromadzone. Warto wziąć pod uwagę liczbę osób deklarujących poprawę zdrowia i sprawności oraz przeprowadzić analizę poszczególnych zabiegów wykonanych w ramach projektu i analizę stanów chorobowych, na podstawie których nastąpiło skierowanie do programu, zgodnie z propozycją zawartą w części opinii dot. celów i efektów programu.

### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w otwartym konkursie ofert. Wskazano również wymagania, jakie musi spełniać realizator programu.

Świadczenia udzielane w programie mają mieć charakter stacjonarny. Warto byłoby rozważyć możliwość transportu dla osób, które nie będą w stanie samodzielnie dotrzeć do placówki, tak aby zapewnić równy dostęp wszystkim osobom potrzebującym.

Budżet całkowity przeznaczony na realizację zaplanowanych interwencji wynosi 262 820zł. W projekcie przedstawiono koszty poszczególnych procedur medycznych. Nie wskazano natomiast kosztów jednostkowych przypadających na jednego uczestnika programu. W budżecie powinny być uwzględnione również koszty kampanii informacyjnej i ewentualnego transportu pacjentów.

Okres realizacji programu to lata 2015-2019.

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Niepełnosprawność, według Światowej Organizacji Zdrowia to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu. Za osoby niepełnosprawne wg WHO uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznych lub psychicznych sprawności.

Poza definicją WHO w Polsce funkcjonuje również określenie zdefiniowane w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, które oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

W zależności od stopnia sprawności organizmu wyróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności:

1. Znaczny - do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
2. Umiarkowany - do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
3. Lekki - do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Szacuje się, że około 15% ludności świata żyje z jakąś formą niepełnosprawności, z czego 2-4% doświadcza poważnych trudności w funkcjonowaniu. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, uszkodzenia i choroby narządu ruchu są główną przyczyną niepełnosprawności zarówno wśród kobiet (odpowiadają za 59% niepełnosprawności), jak i mężczyzn (51%). W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób.

### Alternatywne świadczenia

Aktualnie, osobom niepełnosprawnym/wymagającym rehabilitacji przysługują świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej (w tym rehabilitacja lecznicza) - finansowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach ubezpieczenia chorobowego świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który po wyczerpaniu okresu pobierania zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy. Przysługuje ono przez okres niezbędny do przywrócenia zdolności do pracy, nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

W ramach ubezpieczenia wypadkowego przysługuje świadczenie rehabilitacyjne z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową.

### Ocena technologii medycznej

Zaproponowana w projekcie programu zdrowotnego interwencja ma istotne znaczenie w kwestii poprawy stanu zdrowia oraz podniesienia jakości życia osób niepełnosprawnych.

Wyniki opracowanego wspólnie przez WHO oraz Bank Światowy, Światowego Raportu na temat niepełnosprawności (World Report on Disability) pozwoliły skonstruować konkretne zalecenia dla polityki i praktyki, które mogą doprowadzić do realnej poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych. W największym stopniu obejmują inwestowanie w specjalne programy i świadczenia dla osób niepełnosprawnych oraz przyjęcie narodowej strategii oraz planu działań na rzecz osób niepełnosprawnych.

Światowy Raport podkreśla konieczność wspierania ludzi w aktywnym życiu i uczestnictwie w społeczeństwie. Ważnym narzędziem promowanym przez WHO jest również rehabilitacja na poziomie społeczeństwa (Community - based rehabilitation - CBR), która jest przybierającą na znaczeniu polityką integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem, umożliwiającą im uczestnictwo w rozwoju i korzystania ze społecznego wsparcia.

Niezależnie od jednostki chorobowej, wytyczne podkreślają, że o skuteczności terapii rehabilitacyjnej decyduje czas jej rozpoczęcia, kompleksowość i wielodyscyplinarność świadczeń, intensywność zajęć terapeutycznych, a także ich ciągłość. Istotne jest, aby terapia była w indywidualny sposób przystosowana do potrzeb i możliwości chorego.

Bardzo ważne jest, aby przeprowadzany proces rehabilitacyjny był jasny i zrozumiały dla pacjenta. Chory powinien być na bieżąco informowany o postępach w leczeniu oraz o działaniach prozdrowotnych wskazanych w danej jednostce chorobowej. Kluczowe jest zaangażowanie w ten proces rodziny/opiekunów pacjenta.

Wytyczne zgodnie podkreślają, że świadczeń z zakresu rehabilitacji powinni udzielać wysoko wykwalifikowani specjaliści, posługujący się sprzętem pewnych, sprawdzonych parametrach. Zespół terapeutyczny powinien składać się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują, jeśli zachodzi taka potrzeba wielopłaszczyznowy program rehabilitacji.

Jak podkreśla National Centre for the Dissemination and Disability Research (NCDDR), współczesne standardy dowodów naukowych i metody stanowią wyzwania dla działań z zakresu rehabilitacji. Ze względu na niewielką liczbę podstawowych badań klinicznych trudno jest określić uniwersalny schemat interwencji, które charakteryzowałyby się wysoką skutecznością i bezpieczeństwem.

Należy również położyć nacisk na edukację zdrowotną i społeczną nie tylko osób z niepełnosprawnością, ale również lokalnej społeczności. W poprawie jakości życia osób

z niepełnosprawnością duże znaczenie ma poprawa stanu fizycznego organizmu oraz wzmocnienie kompetencji psychologicznych i społecznych. Znoszenie barier architektonicznych, wprowadzanie ułatwień prawnych i innych może mieć wpływ na uzyskanie większej zdolności do pracy i życia w społeczeństwie dla osób z niepełnosprawnością.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-178/2015 „Rehabilitacja lecznicza (fizjoterapia i kinezyterapia) mieszkańców gminy Kostomłoty” realizowany przez: Gminę Kostomłoty, Warszawa, wrzesień 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu rehabilitacji niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością dorosłych – wspólne podstawy oceny”, sierpień 2011